Metropolitan Transit System

1255 Imperial Ave.- Suite 1000
San Diego, CA 92101
619.231.1466

SOLICITUD PARA TARIFA REDUCIDA

S/D/M Compass Card (FORMULARIO CORTO)

Nota: Si está solicitando un S/D/M Compass Card del Sistema Tránsito Metropolitano (MTS, por sus siglas en inglés) de San Diego con una declaración de discapacidad de parte un médico. **DETENGASE** y llene la Solicitud para Tarifa Reducida (formulario largo).

Sección A. Información del Solicitante (Favor de escribir legiblemente)

Nombre _____ Fec.de Nac. ____ / ____ / ____
Apellido Nombre Segundo Nombre/Inicial

_____
Direccion Num. Apartamento

Ciudad _____ Estado _____ C.P._____ Num. Tel _____

Sección B. Tarjeta Nueva o De Reemplazo

☐ **Tarjeta Nueva.** Si nunca ha tenido un S/D/M Compass Card, marque esta caja. El costo es $7.

☐ **Tarjeta de Reemplazo.** Si ha extraviado, fue robada, o se venció su S/D/M Compass Card, marque esta caja. El costo de una tarjeta de remplazo es $7 (no incluye protección del balance en tarjetas extraviadas, robadas, o vencidas al menos que su Compass Card estaba registrada.

Sección C. Certificación de Elegibilidad

*Por favor marque su categoria de elegibilidad a continuacion. Marque **SOLO UNA** categoria. Los solicitantes deben presentar un pasaporte o documento de identificacion con foto emitida por el estado valido, ademas de los documentos que se indican a continuacion.*

☐ **Persona mayor**

60 anos o mas ☐ Si ☐ No

Solicitantes de 60 años de edad o más deben mostrar una valida identificación fotográfica con fecha de nacimiento. Las formas aceptables de identificación son: 1. Valida licencia estatal de conducir, o 2. Valida tarjeta de identificación del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV, por sus siglas en inglés), o 3. Pasaporte valido.

☐ **Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) o Ingreso de discapacidad del Seguro Social (SSD, por sus siglas en inglés)**

☐ Ingreso suplementario de seguridad **-o-** ☐ Ingreso de discapacidad del Seguro Social

Fecha de carta de aprobación: ____ / _____ / _____

Número de reclamo: X X X - X X - | | | | | | |

El solicitante debe presentar registración válida para una placa DMV al personal de The Transit Store. **NO** se aceptarán fotocopias o fax.

☐ **Elegibilidad como discapacitado de acuerdo al DMV**

Numero de registración válido para la placa DMV _____

El solicitante debe presentar registración válida para una placa DMV al personal de The Transit Store. **NO** se aceptarán fotocopias o fax.

☐ **Receptor de Medicare**

Tarjeta de Medicare (no Medi-Cal)

El solicitante debe presentar la tarjeta de Medicare original al personal The Transit Store. Fotocopias o NO se aceptarán faxes.

☐ **Destinatario de MTS Access**

Fecha de vencimiento de la certificación MTS Access: ___ / ____ / ____

El solicitante debe presentar la certificación original de Access al personal de The Transit Store. **NO** se aceptarán fotocopias o fax. Yo autorizo a Metropolitan Transit System a confirmar certificación de Access mediante ADA Ride.

Seccion D. FIRMA del Solicitante

Yo certifico a mi mejor entender que la información en este formulario es correcta y exacta.\

Yo entiendo que proporcionar datos falsos o erróneos podrá resultar en la revocación del estatus de mi elegibilidad.

Yo entiendo que debo ya sea: tener 60 años o más de edad, tener una valida carta de aprobación de SSI o SSD, tener una tarjeta de Medicare, tener registración para una placa DMV, o ser un receptor de MTS Access.

Yo entiendo que debo proporcionar esta solicitud completa y firmada y la identificación fotográfica estatal o federal requerida que muestra que soy elegible para una tarifa reducida en persona para ser considerado para un S/D/M Compass Card. Yo entiendo que hay una cuota de procesamiento por la tarjeta.

Yo entiendo que el S/D/M Compass Card no es transferible a otra gente.

Yo entiendo que MTS se reserva el derecho de determinar elegibilidad en base a las pautas federales.

Yo entiendo que el S/D/M Compass Card es válida hasta la fecha impresa en la tarjeta y que debo volver a solicitarla en ese momento si es que deseo continuar mi elegibilidad con el programa.

Yo entiendo que debo tocar mi S/D/M Compass Card en el lector de la caja de tarifas del autobús o validador del Trolley a fin de ser elegible para una tarifa reducida.

_____ _____

Firma **Fecha**

(Padre/Tutor Legal debe firmar si el solicitante es menor de 18 años de edad)

Sección E. Registración para Protección de Balance S/D/M

☐ Sí, Registre S/D/M Compass Card para Protección de Balance GRATUITO.

Protección de Balance es un programa GRATUITO que remplaza el balance de un S/D/M Compass Card extraviada, robada, o vencida. DEBE marcar "SÍ" para que la Protección de Balance registre su S/D/M Compass Card.

Entregue la solicitud en persona a: The Transit Store
102 Broadway
San Diego, CA 92101

Pasajeros hipoacúsicos:

TDD - Condado de San Diego (sur) 619.234.5005; Condado de San Diego (norte) 1.888.722.4889

Seccion F. FOR OFFICE USE ONLY

_____ _____ _____

Government or State-Issued ID Card | Expiration Date | Staff Initials

Compass Card No:
(Please print clearly)

0	1	6	0												

_____ _____

Card Issue Date | Eligibility Expiration Date

Rev. Feb. 2015